

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N° 12

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Armand, Félix MANGA-ONDOA AYISSI

Né en 1923, à Nkong-Biyen (Cameroun)

Présentée et soutenue publiquement le

196

**Urétéro-sigmoïdostomie extra-péritonéale
comme moyen thérapeutique des fistules
vésico-vaginales inopérables par voie basse**

Président : M. LAURENCE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : MANGA-ONDOA AYISSI

Prénoms : ARMAND, FÉLIX

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

MANGA-ONDOA AYISSI
(ARMAND, FÉLIX) — Urétéro-
sigmoïdostomie extra-périto-
néale comme moyen thérapeu-
tique des fistules vésico-vagi-
nales inopérables par voie
basse. — Paris, Imp. R. Foulon
et Cie, 1964, in-8°, 55 p., 5 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

MANGA-ONDOA AYISSI
(ARMAND, FÉLIX) — Urétéro-
sigmoïdostomie extra-périto-
néale comme moyen thérapeu-
tique des fistules vésico-vagi-
nales inopérables par voie
basse. — Paris, Imp. R. Foulon
et Cie, 1964, in-8°, 55 p., 5 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

MANGA-ONDOA AYISSI
(ARMAND, FÉLIX) — Urétéro-
sigmoïdostomie extra-périto-
néale comme moyen thérapeu-
tique des fistules vésico-vagi-
nales inopérables par voie
basse. — Paris, Imp. R. Foulon
et Cie, 1964, in-8°, 55 p., 5 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

MANGA-ONDOA AYISSI
(ARMAND, FÉLIX) — Urétéro-
sigmoïdostomie extra-périto-
néale comme moyen thérapeu-
tique des fistules vésico-vagi-
nales inopérables par voie
basse. — Paris, Imp. R. Foulon
et Cie, 1964, in-8°, 55 p., 5 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Armand, Félix MANGA-ONDOA AYISSI

Né en 1923, à Nkong-Biyen (Cameroun)

Présentée et soutenue publiquement le

196

**Urétéro-sigmoïdostomie extra-péritonéale
comme moyen thérapeutique des fistules
vésico-vaginales inopérables par voie basse**

Président : M. LAURENCE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.); Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquet (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.); Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE



I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), D'JOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.), ABOULKER (P.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) — <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) —	
<i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) — <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.)	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : MILLIEZ (P.) — <i>Broussais</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.), BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) —	
<i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.)	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) :	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.*; DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Neurologie : M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÈQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.),
pr. s. ch.; DURAND (J.); GIRARD *m. conf.*; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-phthisiologie :

MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :

MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.);
FLAVIGNY (H.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

pr. s. ch.

Stomatologie :

MM. CERNEA (P.); MME CHAPUT
(A.), *m. c. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :

MM. CHASSAGNE (P.); MARCHE (J.).

Urologie :

MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :

MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :

MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :

MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :

M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDIROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)

Secrétaire principal Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque,

Conservateur du Musée d'Histoire de la

Médecine

Conservateurs

Bibliothécaire

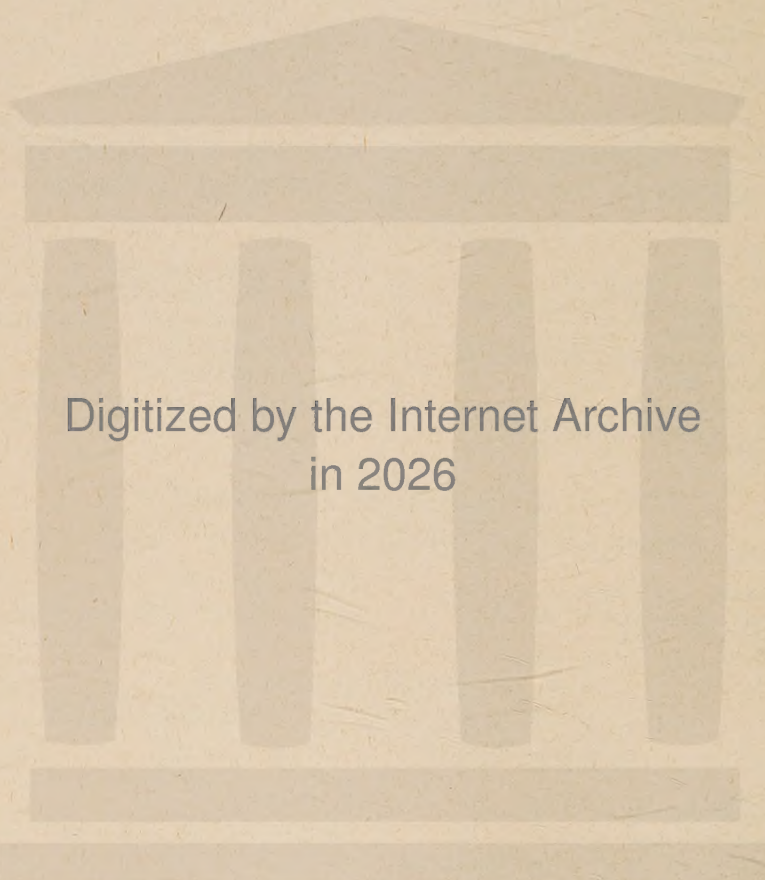
M. le Docteur HAHN (A.)

Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.),
QUIÉVREUX (E.)

Mmes CONTET (J.), FORGET (F.).

Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MARC ONDOA-NGAMANGA-AZEGUE-MBA-ONGO'O

Qui fut, pour ceux qui l'ont connu, le modèle de la bonté, de la sagesse, de la générosité, de la justice et de la prévoyance.

Qui installa la grande famille Mvog-Ngamanga à Nkong-Biyen vers 1900 et défendit ce domaine avec acharnement contre un certain Bénis qui faillit nous déposer.

Qui comprit très vite l'intérêt de l'institution scolaire et obligea tous les enfants de la famille d'aller à l'école, cela à une époque où peu de personnes comprenaient le rôle exact de cette institution « de Blancs ».

Faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

MARIE AYISSI-MBALA-MBARGA-EVOULOU

*Qui fut pour ses enfants l'affection en
personne.*

*Dont les soins assidus et dévoués sauvè-
rent la vie à plusieurs enfants de la famille.*

*Qui implora le ciel en ces termes lorsque,
à l'âge de deux ans, je faillis mourir d'un
accès palustre :*

Se Akunu'e

Se Akunu'e

Ye me bele mfe

Se Akunu'e

Mendzi man Nkolo Ondoa

Fulu abe ndo menga tari ya ?

Se Akunu'e

Se Akunu'e

Ye me bele mfe

Se Akunu'e

*En témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.*

A MA FEMME CHÉRIE

Amie des bons et des mauvais jours.

Epouse et mère modèle, qui malgré des difficultés de toutes sortes : pénurie de logement qui nous fit parcourir Paris et sa banlieue dans tous les sens pendant huit ans en quête d'un logement correct, ce qui nous valut le surnom de « nomades » ; climat bien souvent inclément ; soucis d'ordre matériel ; santé fragile ; dépaysement, ne m'a jamais découragé un seul instant, mais dont les encouragements aux moments difficiles m'ont permis de mener à bien ces études longues et difficiles.

En gage de mon affection, de ma reconnaissance, de ma fidélité.

A MES ENFANTS CHÉRIS

JACQUELINE-LUCIE, ANDRÉ-VICTOR,
MARIE-RACHELLE, MARIE-CLAUDINE

Puisse l'exemple de votre père vous servir à comprendre que vous êtes les seuls artisans de votre destinée et qu'il n'y a pas d'âge pour les études. En effet, votre père :

— est sorti de l'Ecole Primaire Supérieure à 16 ans, de l'Ecole de Médecine à 19 ans ;

— s'est marié à 21 ans ;

— a repris des études secondaires à 28 ans ;

— a obtenu le bachot à 32 ans, le P.C.B. à 33 ans ;

— a achevé le cycle normal des études de médecine à 39 ans ;

— a fêté son quarantième anniversaire en même temps que le Doctorat en Médecine.

En témoignage de mon amour paternel.

A MON FRÈRE
THÉOPHILE-MARTIN ONDOA-AYISSI
ET A SA FAMILLE

A MON FRÈRE ET PREMIER MAITRE D'ÉCOLE
JEAN-BERNARD ETOUNDI-ONDOA
ET A SA FAMILLE

A MES FRÈRES
EMILE-GUSTAVE AZEME-ONDOA,
ANDRÉ-MAXIME ENYEGUE-ONDOA,
JEAN-BERNARD ONGO-ONDOA,
FRANÇOIS-DENIS ZAMBO-NGONO
ET A LEURS FAMILLES

A MES NEVEUX
OLIVIER ONDOA-BEKONO,
PIERRE ABESSOLO-BEKONO,
ADOLPHE ONDOA-MBALA
ET A LEURS FAMILLES

A MES SŒURS
VÉRONIQUE GNOMO-MINKOE, MARGUERITE EDZONGOLO,
BIBIANE NGAMANGA-MBOUNI, NGAMANGA-BEKONO,
MBEDE-BEKONO, MARIE NGAMANGA-EYENGA,
BERNADETTE KENENGUE

A MES TANTES
BEKONO-be-MBEDE, EYENGA-MBON'O

A TOUS LES MVOG-NGAMANGA

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES

PIERRE ABESSOLO-ONDOA, AZEGUE-ONDOA,
LÉON ONDOA, FERDINAND MANI-ONDOA

A LA MÉMOIRE DE MES SŒURS

JACQUELINE NGAMANGA-AYISSI,
BEKONO-ONDOA, MÉLANIE MBALA-ONDOA,
ANTONIE NGONO-NGOE, NGAMANGA-MBOE

A LA MÉMOIRE DE MES TANTES

ANNE KENENGUE-OYAMA, MBOUNI-NGONO-NGOE

A LA MÉMOIRE DE MA BELLE-MÈRE

A MON BEAU-PÈRE
LOUIS-MARIE TABI

Qui a tant fait à l'occasion de mon mariage.

A MON BEAU-FRÈRE
ENGELBERT ATANGANA-TABI

A MES BELLES-SŒURS
BRIGITTE, ODILE, RUPINE

En témoignage de ma sympathie.

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE
ATHANASE TABI

A MONSIEUR FABIEN OKAH
Assistant Sanitaire Principal

ET A MADAME

*Qui ont trouvé celle qui devait lier son
sort au mien le 17 janvier 1944.*

A LEURS ENFANTS
BENOIT, LUC, MAXIMIN, RICHARDE

En témoignage de ma sympathie.

A LA MÉMOIRE DE BRIGITTE OKAH

A TOUS LES RESSORTISSANTS DE LA TRIBU EBEN

A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AYOS

A MON PAYS : LE CAMEROUN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. LAURENCE

Titulaire de la Chaire de Pathologie Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Chef du Service de Chirurgie de l'Hôpital Bretonneau, à Paris

Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de mon entière gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RENÉ

Chirurgien de l'Hôpital de la Croix-Saint-Simon

Qui m'a si bien accueilli dans son Service, m'a fait énormément travailler pendant mon année d'internat.

En témoignage de mon admiration et de ma gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CLAUDE SUREAU

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Qui est si brillant, si vivant, si éloquent, mais si simple.

En témoignage de ma très grande admiration et de ma gratitude.

AU DOCTEUR ANDRÉ BUTTIN

Chirurgien à la Clinique Océan, à Pointe-Noire

Qui m'a appris tant de choses en chirurgie, qui m'a fourni l'essentiel de cette thèse et m'a autorisé de publier ses propres observations.

Je lui dis sincèrement merci.

AU DOCTEUR GEORGES G. ROUAN

Médecin Colonel des Troupes de Marine

Sous-Directeur « Santé » de la Direction des Services Outre-Mer, à Paris

En souvenir de la fructueuse collaboration que nous eûmes à Ebolowa et en remerciement des nombreux services qu'il m'a toujours rendus.

AU DOCTEUR LOUIS-PAUL AUJOULAT

Ancien Ministre

Qui a tant fait pour l'Afrique noire.

Qui m'a permis de reprendre ces études de Médecine et de les mener à bien.

Qu'il trouve ici le gage de mon indéfectible amitié.

A MADAME E. CHAURAND

Professeur de Mathématiques

Qui, en acceptant de me donner gratuitement, pendant deux ans, des leçons de mathématiques, m'ouvrit la porte de la Faculté en me permettant de passer avec succès le bachot.

Qu'elle trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A MONSIEUR ET MADAME PERNOLLET

Qui, en nous procurant un logement correct, m'ont permis de mieux réussir les études que j'ai entreprises.

Qu'ils veuillent bien accepter un merci qui vient du fond de mon cœur.

A SON EXCELLENCE MONSIEUR PIERRE NGOTÉ

En souvenir de notre séjour à Ebolowa.

A MONSIEUR L'ABBÉ LUCIEN MANGA

En gage de notre indéfectible amitié.

A MONSIEUR PIERRE GOUFFIER

AU DOCTEUR SÉBASTIEN ABESSOLO
Chirurgien, Médecin-Chef de l'Hôpital d'Efok

AU LIEUTENANT FRÉDÉRIC METOU
ET A SA FAMILLE

A MONSIEUR L'INSPECTEUR HENRI BALA-MBARGA

AU MÉDECIN NICODÈME MEKONGO

A MONSIEUR EMILE MBARGA
Administrateur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ENGELBERT ATANGANA

A MADEMOISELLE SITA-BELLA
Journaliste à Paris

Qui m'honorent de leur amitié.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

AVANT-PROPOS

Les fistules vésico-vaginales sont, en Europe et dans les pays développés, du domaine de l'histoire, alors qu'elles restent actuelles dans les pays « sous-développés », notamment en Afrique noire où l'organisation du Service de Santé et l'équipement sanitaire, bien qu'ayant fait des progrès considérables en très peu de temps, restent encore mal répartis et insuffisants.

Les populations qui vivent dans les grands centres où existe un appareil médical, souvent mal équipé, pourvu d'un personnel numériquement insuffisant, de formation souvent sommaire, presque toujours surmené, sont les seules à bénéficier de soins médicaux à peu près corrects. Les populations rurales, par contre, en raison du sous-développement de l'infrastructure de ces pays, sont moins privilégiées et se voient contraintes de confier leur sort entre les mains de « guérisseurs » qui ignorent tout de la science médicale et qui, dans bien des cas, se livrent plus à du charlatanisme qu'à des actes efficaces pour leurs clients.

Dans bien des localités, le service de la maternité est inexistant et c'est la « Sorcière » du coin qui joue le rôle d'accoucheur. Aussi va-t-il de soi que l'accouchement dystocique, jamais prévu, entre de telles mains, se termine toujours par une catastrophe : mort de la mère et de l'enfant ou mort de l'enfant avec lésions uro-génitales chez la mère dont les plus fréquentes sont les fistules vésico-vaginales d'importance variable.

Ces fistules guérissent rarement spontanément et les soins indigènes sont toujours inopérants. Aussi est-ce souvent à ce stade que le médecin est consulté. Les malades n'hésitent pas alors à parcourir plusieurs centaines de kilomètres, même à pied s'il le faut, pour rejoindre le poste médical où elles espèrent guérir de leur affligeante infirmité. Ce déplacement est souvent coûteux en raison de la randonnée presque toujours inévitable et par le fait que le poste médical se trouve situé dans une ville où la vie revient très cher.

Ces considérations expliquent pourquoi le praticien consulté, bien souvent « chirurgien d'occasion », n'ayant parfois d'autre expérience que celle qu'il a pu acquérir dans son poste de brousse, ne peut décevoir ces infirmes dont il est l'unique recours. Il importe donc qu'une intervention facile, anodine, radicale dans ses effets, ne nécessitant ni appareillage recherché, ni compétence particulière en chirurgie, soit mise au point pour permettre au médecin praticien de la brousse africaine de satisfaire ces malades.

Une intervention que le Docteur André BUTTIN et nous-même avons pratiquée sur 24 malades, nous a semblé répondre aux exigences que nous venons d'énumérer ; c'est pourquoi nous nous sommes permis de la présenter sous forme de sujet de thèse de médecine.

RAPPEL ETIOLOGIQUE

Il est classique de retenir trois variétés de fistules :

- LES FISTULES OBSTETRIQUES

Qui sont dues :

- soit à une nécrose de la paroi vésico-vaginale ; le rôle de compresseur ischémique joué par la tête fœtale est déterminant dans ce cas ;
- soit à une plaie vésico-vaginale causée par un instrument au cours d'une manœuvre obstétricale. Cette lésion passe rarement inaperçue et il est plutôt rare qu'elle évolue vers une fistule permanente, car elle est traitée immédiatement.

- LES FISTULES CHIRURGICALES

Elles sont le fait d'une faute technique au cours d'une colpo-hystérectomie élargie pour cancer de l'utérus.

- LES FISTULES DITES RADIQUES

Ce sont des radionécroses qui s'observent parfois après une curiethérapie.

De ces trois étiologies, dans l'état actuel des choses en Afrique noire, seule la première est à retenir. En effet, la colpo-hystérectomie pour cancer de l'utérus est une intervention plutôt rare. Quant à la curiethérapie, elle est inexistante dans la plupart des Etats africains.

Par contre, il convient de signaler une cause de fistules vésico-vaginales méconnue dans les pays développés, pour la simple raison que les malades n'attendent pas la phase tertiaire de la maladie de Nicolas et Favre, car c'est d'elle qu'il s'agit pour consulter leurs médecins. Il est en effet possible, lorsqu'on laisse évoluer la maladie de Nicolas et Favre jusqu'à sa phase tertiaire, d'observer la destruction soit de la cloison vésico-vaginale, soit de la cloison uréthro-vagi-

nale. Cette complication est rarement isolée et il importe de s'assurer que le rectum est sain. D'autre part, lorsque la fistule est d'origine lymphogranulomateuse, il faut essayer de fixer l'évolution de la maladie par un traitement sulfamidé ou antibiotique intensif pré et post-opératoire.

Donc, en milieu africain, les fistules vésico-vaginales reconnaissent, pour le moment, deux étiologies principales :

- les traumatismes obstétricaux qui sont surtout le fait de femmes jeunes, ayant eu leur première grossesse pour certaines avant l'âge de seize ans ;
- la maladie de Nicolas et Favre dans sa forme tertiaire qui est souvent le fait de femmes ayant plus de quarante-cinq ans et dont l'état général est souvent médiocre ou franchement mauvais.

Et les 24 cas que nous publions dans cette thèse se répartissent comme suit :

a) Fistules d'origine obstétricale :

$$8 + 4 = 12.$$

b) Fistules d'origine lymphogranulomateuse :

$$9 + 3 = 12.$$

RAPPEL ANATOMO-CHIRURGICAL

Les fistules vésico-vaginales comprennent plusieurs formes anatomico-chirurgicales, certaines plutôt rares en Afrique, d'autres plus fréquentes.

• FORMES RARES

— Les fistules vésico-vaginales pures consécutives à une hystérectomie totale.

— Les fistules vésico-utérines.

— Les fistules vésico-vaginales associées à une fistule urétéro-vaginale.

• FORMES FREQUENTES

1) LES BRÈCHES VÉSICO-VAGINALES AVEC PERTE DE SUBSTANCE CERVICALE, URÉTRALE ET MÊME TRIGONALE

Ce type particulier, connu en Europe des urologues et des accoucheurs, est l'apanage exclusif d'accouchements laborieux et lents, et d'opérations portant sur le col vésical. C'est effectivement le type de fistule que nous avons eu souvent l'occasion d'observer. La brèche, dans ce cas, correspond à l'étendue d'une zone nécrosée. A l'examen, la vessie est parfois à nu avec une perte trigonale pouvant aller jusqu'à la vision directe des orifices urétéraux sur le bord postérieur de la brèche. Parfois, une sclérose dense et étendue fige les lésions.

2) LES FISTULES VÉSICO-VAGINALES AVEC PERTE DE LA CAVITÉ VÉSICALE

Le Professeur R. COUVELAIRE pense que :

« Ce n'est pas la persistance de la fistule qui supprime la capacité du réservoir, mais les échecs successifs de sa cure, surtout quand

la voie hypogastrique employée plusieurs fois a créé autour de la vessie une carapace scléro-lipomateuse et transformé le détrusor extensible en tissu fibreux. Toute opération qui ne rendra pas la capacité consacre un échec. »

3) LES FISTULES VÉSICO-VAGINALES ASSOCIÉES A UNE FISTULE RECTO-VAGINALE

Elles ne sont pas rares dans le syndrome de Jersild. Mais elles nous intéressent peu, car la rectite qui les accompagne est une contre-indication à la dérivation urinaire, objet de notre thèse.

* *

ROLE JOUE PAR L'ETAT DES TISSUS PERI-FISTULEUX

C'est un facteur important dans l'indication opératoire et dans les résultats de cette opération. Cet état dépend du temps écoulé depuis la constitution de la fistule. On estime que la lésion est organisée lorsque les bords de la perforation ont un relief précis et définitif. La guérison spontanée de la fistule devient alors rarissime et on peut envisager une intervention sanglante. L'importance du callus et le degré de mobilité de la fistule constituent les facteurs décisifs au point de vue des conditions de la cure opératoire.

Il est également intéressant de noter l'état du vagin et de la vessie. Les classiques estiment qu'un vagin scléreux et dur, avec brides, une sclérose péri-fistuleuse interdisent la voie vaginale. Dans les fistules anciennes et larges, la vessie est infectée chroniquement et se vide perpétuellement de son contenu. Elle peut parfois contenir des calculs friables, source d'une infection secondaire. Une telle vessie perd tout pouvoir d'expansion. Le détrusor est rétracté, sclérosé, épaissi, le dôme ne subit aucune expansion. Les répercussions urétéro-rénales sont rares, néanmoins une U.I.V. préalable est indispensable.

RAPPEL CLINIQUE

Le signe révélateur essentiel de la fistule vésico-vaginale est l'écoulement involontaire d'urine par le vagin. Ce signe est d'importance variable. Certaines malades sont obligées de changer de garnitures plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, alors que d'autres ne perdent que quelques gouttes d'urine. Certaines malades dégagent une forte odeur d'urine et leur présence dans une société ne peut passer inaperçue. L'hématurie menstruelle est le signe révélateur des fistules utéro-vésicales.

A l'interrogatoire, la notion d'accouchement dystocique ou de maladie de Nicolas et Favre renseigne sur l'étiologie de la fistule vésico-vaginale.

• A L'EXAMEN

— Le T.V. apprécie l'importance de la fistule, l'étroitesse, la souplesse, la profondeur du vagin, la sclérose péri-fistuleuse, la fixité ou la mobilité de la zone pathologique, la présence ou l'absence du col restant, l'état des muscles releveurs.

— Le T.R. renseigne sur l'épaisseur du « coin » périnéal et sur l'existence ou non d'une rectite, d'un rétrécissement rectal, d'une insuffisance du sphincter anal.

— L'inspection permet parfois de voir la paroi antérieure du vagin ; on peut alors noter un ectropion de la muqueuse vésicale en cas de fistule vésico-vaginale large. Si la fistule est petite, il faut recourir soit au cathétérisme, soit à une instillation de bleu de méthylène.

L'U.I.V. renseignera sur l'état du haut appareil urinaire : uretères, bassinets, reins.

Un examen général indispensable recherchera une contre-indication à l'intervention.

- DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'une fistule vésico-vaginale est en général facile. Deux erreurs sont cependant possibles :

- croire à une fistule vésico-vaginale alors qu'elle n'existe pas ;
- y croire alors que la communication est uréthro-vaginale.

- EVOLUTION

C'est une cruelle infirmité. L'écoulement permanent de l'urine oblige à des soins locaux et au port de garnitures permanentes. Ceci suppose que la patiente peut se les procurer. Celles dont les moyens sont limités, et c'est malheureusement le cas en Afrique noire, se voient obligées de fuir toute société, car leur état est tel que leur isolement est impérieux. Naturellement, toute activité sexuelle est impossible. L'infection vésicale est fréquente et la vessie perd peu à peu sa capacité. Les reins à la longue souffrent parfois de cet état de fait.

La guérison spontanée de la fistule vésico-vaginale n'est pas impossible au stade d'organisation des lésions. Mais le plus souvent, l'évolution se fait vers des lésions définitives.

INTERVENTIONS USUELLES DANS LA CURE RADICALE DES FISTULES VESICO-VAGINALES *

Il est d'usage d'opérer par voie vaginale les fistules obstétricales qui sont bas-situées et par la voie trans-vésicale celles qui sont secondaires aux hystérectomies et qui siègent toujours très haut au fond du vagin. Les difficultés opératoires varient avec la voie adoptée.

La principale difficulté rencontrée par la voie vaginale est soit l'étroitesse, soit la profondeur et la sclérose du vagin nécessitant une dilatation préalable du vagin par des tampons ou des ballons, quelquefois après un débridement. La guérison obtenue après la première tentative par cette voie est de l'ordre de 58 % (PINSON).

La voie trans-vésicale a donné de très bons résultats entre les mains de MARION (Docteur PICOT). Mais tous les chirurgiens ont signalé les difficultés opératoires et les échecs fréquents lorsque la fistule affleure l'un des orifices urétéraux ; le décollement risque d'intéresser l'uretère dans sa traversée vésicale et ne peut être poursuivi assez loin, l'espace entre l'orifice urétéral et la fistule est aussi trop étroit pour qu'on puisse passer des fils qui aient quelque solidité.

D'autres accidents graves peuvent être observés lorsque, par suite de son adhérence à la vessie, une anse intestinale est intéressée par le décollement.

A ces interventions par voie basse, il faut ajouter les interventions par voie haute visant l'exclusion de la vessie. Son indication est, somme toute, rare dans les fistules vésico-vaginales. En France, l'intervention classique dans ce groupe est l'opération de Coffey, qui nécessite un abord intra-péritonéal de l'uretère. Le risque de péritonite post-opératoire n'est pas négligeable.

Indications de la voie haute :

« Il n'est pas douteux que l'exclusion vésicale représente l'unique ressource devant quelques fistules vésico-vaginales...¹ »

(*) Pour la technique opératoire, se référer aux traités spécialisés.

(1) C'est nous qui soulignons.

Et :

« Il n'est pas d'autre moyen pour exclure parfaitement la vessie et la mettre à sec que de pratiquer la section des deux uretères avant leur arrivée dans le réservoir... » (Professeur R. COUVELAIRE.)

Les impératifs de l'exclusion vésicale sont au nombre de deux pour Monsieur le Professeur R. COUVELAIRE : la perte du pouvoir de cicatrisation des tissus et la perte définitive de la capacité vésicale. Il exclut la perte de l'urètre et du col vésical qu'il affirme réparables².

L'appréciation de la perte de capacité vésicale n'est pas chose aisée, mais le Professeur R. COUVELAIRE estime que :

« L'ischémie des tissus fibreux, plusieurs fois remaniés par des opérations successives, contient souvent les raisons de l'échec. »

Il ajoute que :

« La perte de la capacité vésicale, fréquente lorsque la fistule existe depuis longtemps, n'a pas suffisamment retenu l'attention, et gêne probablement la cicatrisation de la brèche puisqu'elle met en tension le réservoir pour la discrète rétention. D'autre part, même si la guérison est obtenue, elle transforme l'incontinence en une telle pollakiurie que le bénéfice acquis paraît mince. »

Mais une fois les uretères sectionnés, où les implanter ?

« L'urétérostomie cutanée définitive représente la solution facile, mais non la solution souhaitable, puisqu'elle supprime une infirmité pénible au prix d'une autre.

« C'est l'urétérostomie intestinale qui est habituellement choisie. Fort heureusement d'exécution facile chez la femme. Sans doute ne rend-elle pas les mictions normales et comporte-t-elle les risques ultérieurs de toute anastomose urétéro-colique, mais elle peut transformer de cruelles situations.

« Les indications en sont rares, bien entendu, et découlent d'une impossibilité de fermer directement l'orifice pathologique.

« Les fistules vésico-vaginales qui siègent au centre d'un callus si étendu que le dédoublement correct n'est pas praticable, les fistules qui, après fermeture vésicale complète et création d'un néo-urètre se compliquent de calculs vésicaux récidivants, de pyurie, d'incontinence, de retentissement rénal, etc., sont justiciables de l'anastomose urétéro-colique.

« Mais jamais cette exclusion vésicale sera décidée sans U.I.V. » (Professeur R. COUVELAIRE.)

(2) Cf. la thèse de son élève ESTÈVE.

Pour apprécier la perte de capacité vésicale, l'U.I.V., l'examen de manu et de visu sont d'un grand concours.

L'exclusion vésicale compte un certain nombre de contre-indications :

- rectite, quelle qu'en soit la cause ;
- rétrécissement rectal ;
- incontinence sphinctérienne de l'anus ;
- le cancer du rectum ou du sigmoïde.

I. — SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

Les soins qui précèdent l'intervention varient avec l'origine de la fistule vésico-vaginale d'une part, avec l'état de santé de la patiente d'autre part. En effet, il n'est pas rare en Afrique noire qu'une malade entrée à l'hôpital pour fistule vésico-vaginale, soit trouvée à l'examen porteuse d'une maladie plus importante qui relègue la fistule au deuxième rang du tableau clinique.

Le premier soin du chirurgien sera donc de déterminer l'étiologie exacte de la fistule. Puis, si la fistule est d'origine vénérienne (N.F.), son deuxième souci sera de s'assurer que le rectum est intact. Car une rectite avec ou sans rétrécissement est une contre-indication à l'exclusion rénale. Dans cette variété de fistules, un traitement antibiotique intensif de plusieurs mois est nécessaire avant l'intervention chirurgicale.

Un examen général systématique aura pour but de rechercher une contre-indication à l'acte chirurgical. L'urée sanguine, l'U.I.V. renseigneront sur le bon état et sur le bon fonctionnement de l'appareil rénal. La vitesse de sédimentation, la courbe thermique, la formule sanguine, le culot urinaire diront s'il existe ou non un état infectieux des voies urinaires, justiciable d'un traitement anti-infectieux préalable. L'examen de la goutte épaisse mettra en évidence, le cas échéant, des hématozoaires qui imposent un traitement antipaludéen. Cet examen nous a parfois permis de dépister une trypanosomiase à la phase secondaire que rien ne trahissait cliniquement. Les réactions sérologiques de la syphilis diront s'il faut ou non entreprendre un traitement spécifique avant l'intervention. Un examen de selles, de routine, met presque toujours en évidence des vers intestinaux dont il faut débarrasser la patiente. Ceci fait, la veille de l'intervention, d'ultimes soins sont donnés à la patiente. Elle est douchée, purgée, rasée (vulve), aseptisée.

II. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

C'est une urétéro-sigmoïdostomie extra-péritonéale. Le procédé que nous rapportons ici n'est, en fait, que le premier temps de la cystectomie totale décrite par LAHEY dans le traitement du cancer de la vessie¹.

TECHNIQUE

Le côté droit est dérivé le premier. L'incision cutanée est la classique incision d'urétérostomie iliaque cutanée que Monsieur QUÉNU décrit ainsi dans le huitième tome du *Traité de technique chirurgicale* (pp. 227-228) (*fig. 1*).

« VOIE D'ABORD DE L'URÈTÈRE ILIO-PELVIEN PAR VOIE EXTRA-PÉRITONÉALE.

1° *Position de l'opérée, du chirurgien, des aides :*

« L'opérée est en position dorso-latérale cambrée, le côté à opérer étant surélevé. Le chirurgien se place du côté visé, les aides en face du chirurgien.

2° *Incision cutanée :*

« Elle commence à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, descend parallèlement à l'arcade crurale, à 2 cm au-dessus et en dedans d'elle, puis se recourbe pour se diriger horizontalement vers la ligne médiane à un travers de doigt au-dessus du pubis.

« Elle se termine à 3 cm de la ligne médiane, près du bord externe du grand droit de l'abdomen. Hémostase sous-cutanée.

3° *Traversée de la paroi musculaire :*

« A la partie moyenne de l'incision, on traverse successivement grand oblique, petit oblique, transverse et fascia transversalis. On décolle le péritoine, au doigt, de la face postérieure et de la ligne d'incision et on complète sa section musculaire jusqu'aux limites de la plaie cutanée. L'artère épigastrique, tendue de l'iliaque externe au bord externe du grand droit, devant le fascia transversalis, ne sera liée et suturée, avec sa veine, que si elle est gênante.

(1) *The Surgical Clinics of North America*, June 1947.

4° *Décollement du péritoine :*

« On décolle de péritoine de la lèvre externe de la plaie opératoire, puis des parois du petit bassin.

« Ce décollement peut être conduit au doigt ou au tampon monté jusqu'à l'aileron sacré.

« Le décollement terminé, on met en place les valves. L'une est située dans l'angle supérieur de la plaie, elle tire en direction de l'ombilic et son bec écarte le péritoine des vaisseaux iliaques. L'autre, placée à la partie moyenne de la plaie, tire directement en dedans.

5° *Recherche de l'uretère :*

« La fourche artérielle des iliaques indique le niveau approximatif où passait l'uretère qui, maintenant, est soulevé avec le péritoine par la valve supérieure. On demande à l'aide de diminuer la traction sur les valves de façon à laisser retomber le péritoine sur la fourche artérielle. C'est alors qu'on recherche à la face profonde de la séreuse décollée, l'uretère. On le repère et on le libère.

6° *Dégagement de l'uretère :*

« Il est généralement facile de disséquer l'uretère. Lorsque le canal est libéré sur une longueur satisfaisante, on remet en place les valves après avoir protégé le sac péritonéal par un champ humide.

« La valve supérieure tirée en dedans, et l'autre placée dans l'angle inférieur de la plaie, tire en bas et en dedans. »

Au lieu d'utiliser cette incision, nous lui avons préféré la grande incision para-rectale de Boeminghaus qui donne un jour plus considérable, avantage non négligeable quand on travaille au fond d'un puits, avec pour tout éclairage, le plus souvent, la lumière du jour.

L'uretère identifié et disséqué est sectionné le plus près possible de la vessie. Le bout inférieur est lié et désinfecté. Le bout supérieur est obturé provisoirement par une pince à dents de souris. Il ne doit être mobilisé vers le haut que sur une courte distance, en préservant soigneusement les vaisseaux. Il importe, en effet, de ne pas perturber le lit urétéral, condition nécessaire pour que l'excrétion reste normale et que la vitalité de l'uretère soit conservée. Ceci fait, à la partie tout inférieure du champ opératoire, par une petite incision du péritoine, on identifie le sigmoïde grâce à ses stries longitudinales et à ses franges épiploïques et on l'attire à travers cette brèche. Il faut étaler la partie saisie de façon qu'aucun pli ne vienne rétrécir même un tant soit peu sa lumière. Puis le péritoine est suturé au sigmoïde par des points sérieux. Habituellement, quatre points d'angle suffisent pour que cette portion soit exclue de la cavité péritonéale,

et si l'ouverture du péritoine a été judicieusement placée, l'uretère ne subira aucune tension. Deux fils de soie repèrent les deux extrémités de la future incision de l'intestin sur la bandelette longitudinale. Cette incision intéressant séreuse et musculuse ne doit pas mesurer plus de 2 à 3 cm ; les deux tuniques sont disséquées suffisamment pour que l'uretère ne subisse aucune compression au moment de la fermeture.

On revient alors au bout supérieur urétéral dont l'extrémité est taillée « en gueule de poisson » (*fisch mouthing*) et amarrée par un fil en U transversal, monté sur deux aiguilles demi-cercle. Veiller pendant ce temps à ce qu'il ne se produise aucune torsion sur l'axe. A ce moment seulement, la muqueuse sigmoïdienne saisie et soulevée par une pince moustique est ouverte dans la partie la plus inférieure de l'incision sigmoïdienne ; les deux aiguilles conductrices de l'uretère sont passées alternativement dans la petite brèche muqueuse et traversent toute la paroi en ressortant. Le fil est noué à l'extérieur de la séreuse. Trois ou quatre points de catgut suffisent ensuite à fixer les tuniques superficielles par-dessus l'uretère.

LAHEY place un petit tube de Penrose au fond de la plaie avant de fermer. Du côté gauche, la transplantation doit être faite à un niveau supérieur ; de plus, l'incision péritonéale doit être presque sur la ligne médiane pour éviter le tiraillement ; il faut donc pousser plus loin le décollement.

La paroi est suturée plan par plan. Les classiques affirment la nécessité de drainer par une lame de caoutchouc ou un drain souple ou une mèche en cas d'hémorragie en nappe. Faute de matériel, nous n'avons jamais drainé ; nous nous sommes toujours contentés d'un nettoyage à l'éther et d'une administration *in situ* d'une ampoule de 10 cm³ de solufontamide. Une seule malade nous a donné des ennuis de paroi.

Si l'emplacement a été judicieusement choisi sur le sigmoïde et si le péritoine a été bien amarré à celui-ci, il n'y a aucun risque de tension et d'ischémie de l'uretère à craindre et dès la fin de l'intervention l'urine s'écoule par le gros drain rectal.

III. — SOINS POST-OPÉRATOIRES

Les soins post-opératoires se résument en un certain nombre de gestes, en plus de la surveillance habituelle des opérées de la cavité pelvienne et du côlon sigmoïde.

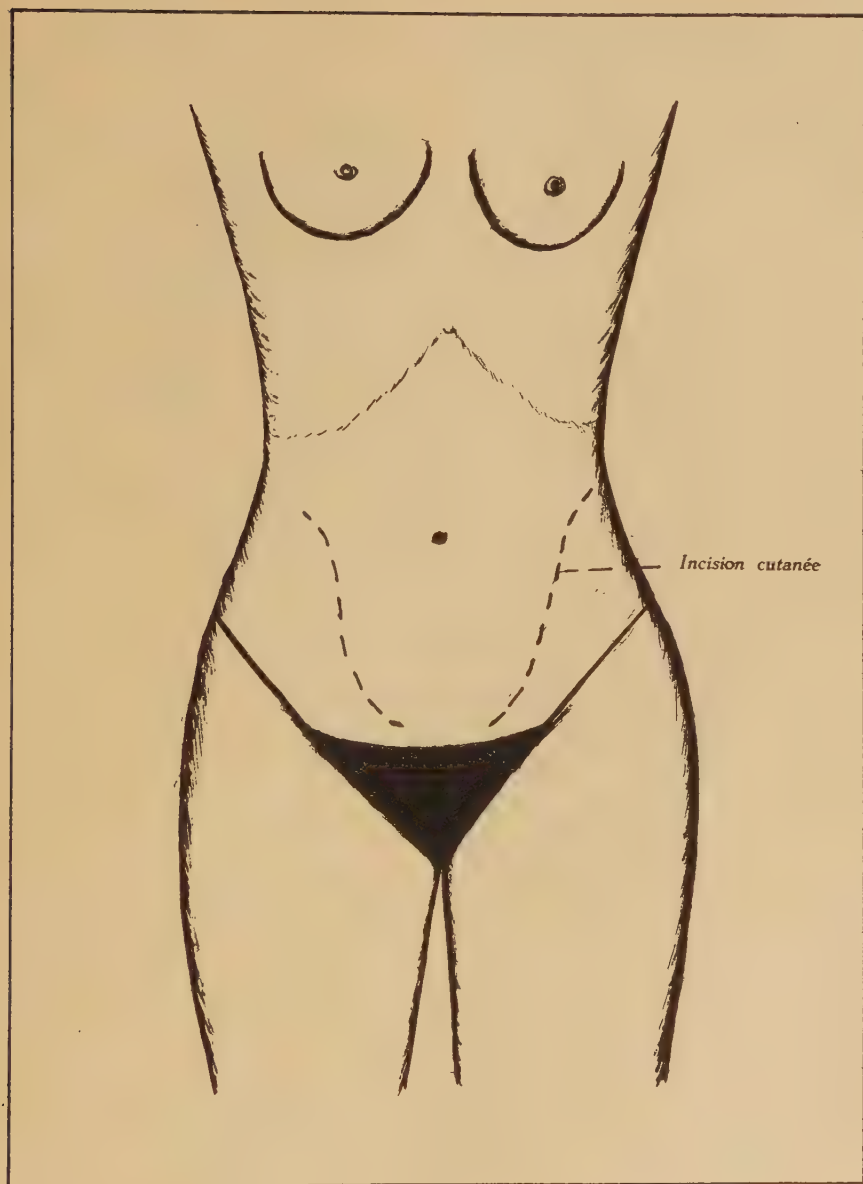


FIGURE 1

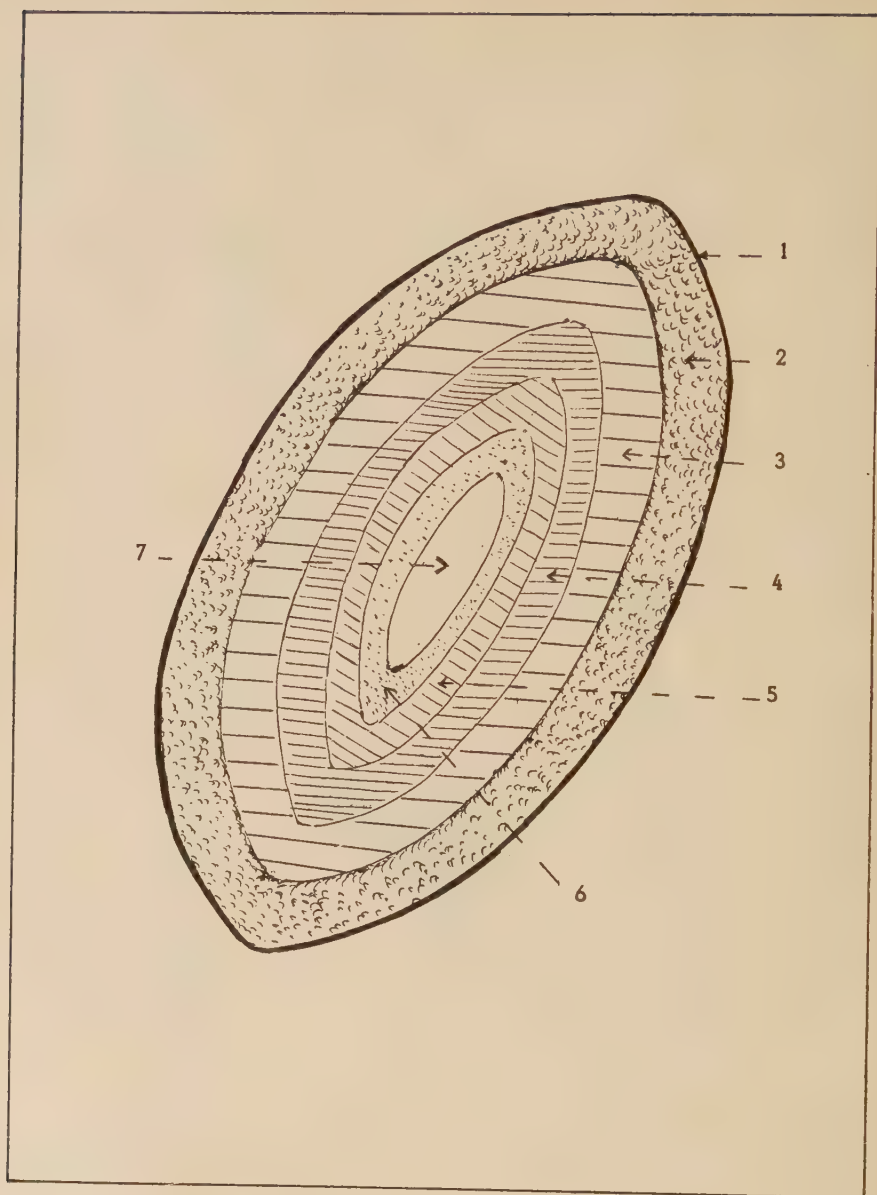


FIGURE 2

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1 : Peau | 5 : Transverse |
| 2 : Tissu cellulaire sous-cutané | 6 : Fascia transversalis |
| 3 : Grand oblique | 7 : Péritoine |
| 4 : Petit oblique | |

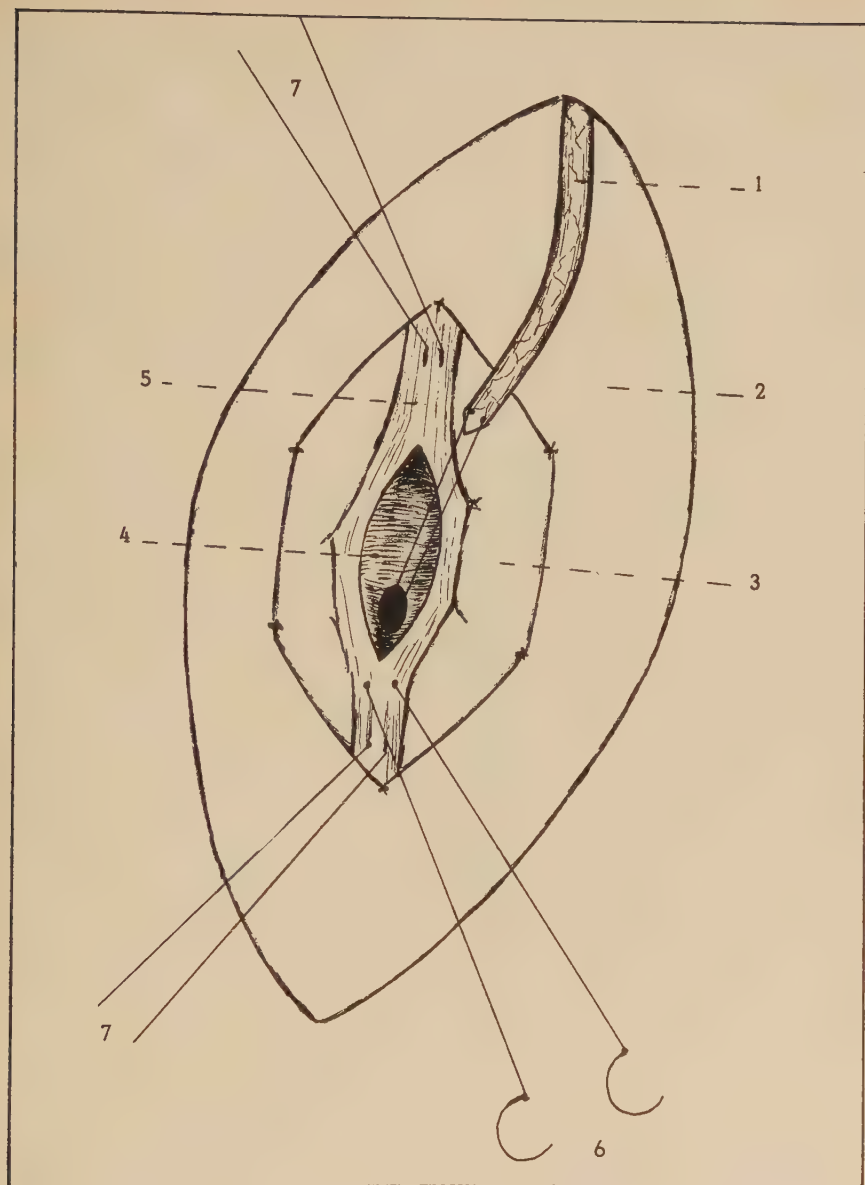


FIGURE 3

1 : L'uretère sectionné
 2 : Péritoine
 3 : Sigmoide
 4 : Tunnellisation de la paroi sigmoïdienne

5 : Bandelette longitudinale du sigmoïde
 6 : Aiguilles 1/2 cercle, montées sur le fil en U
 7 : Fils de repère

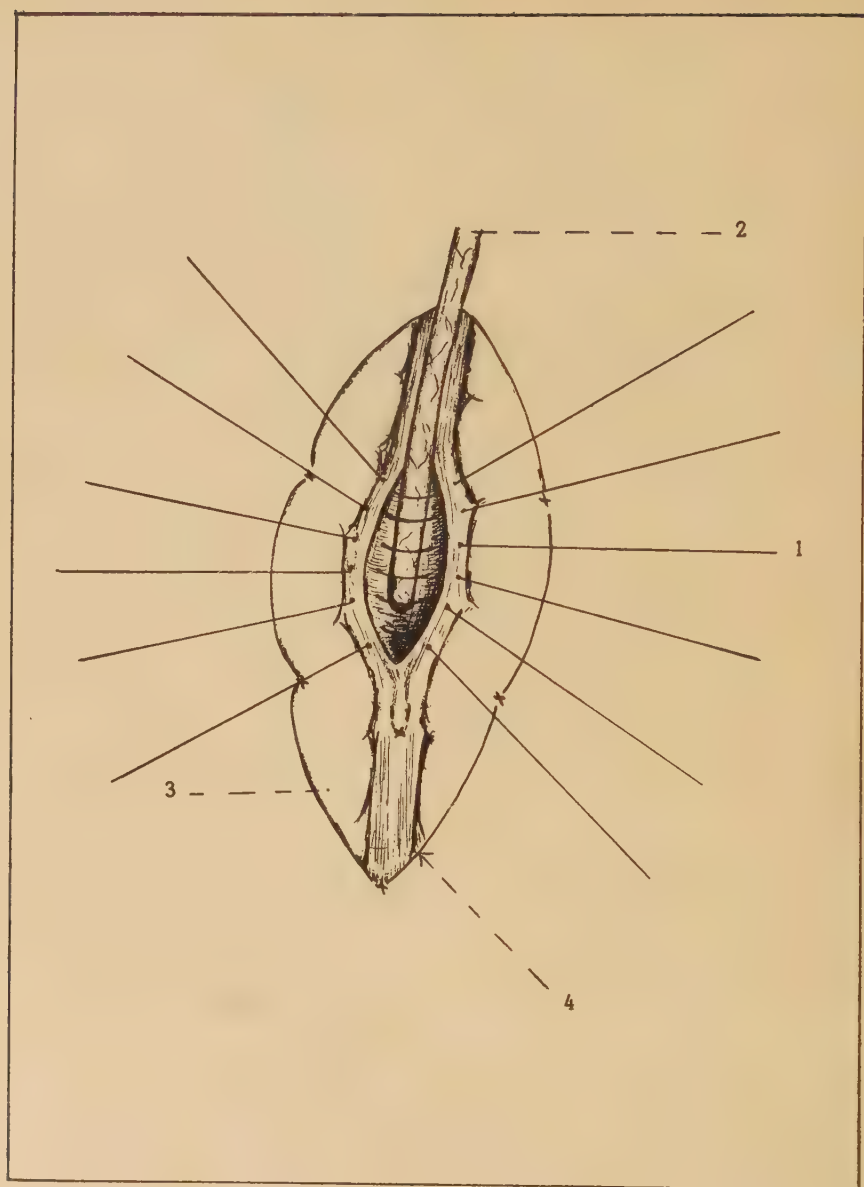


FIGURE 4

1 : Fils de catgut pour la fixation
des tuniques superficielles par-
dessus l'uretère

2 : Uretère
3 : Sigmoide
4 : Péritoine

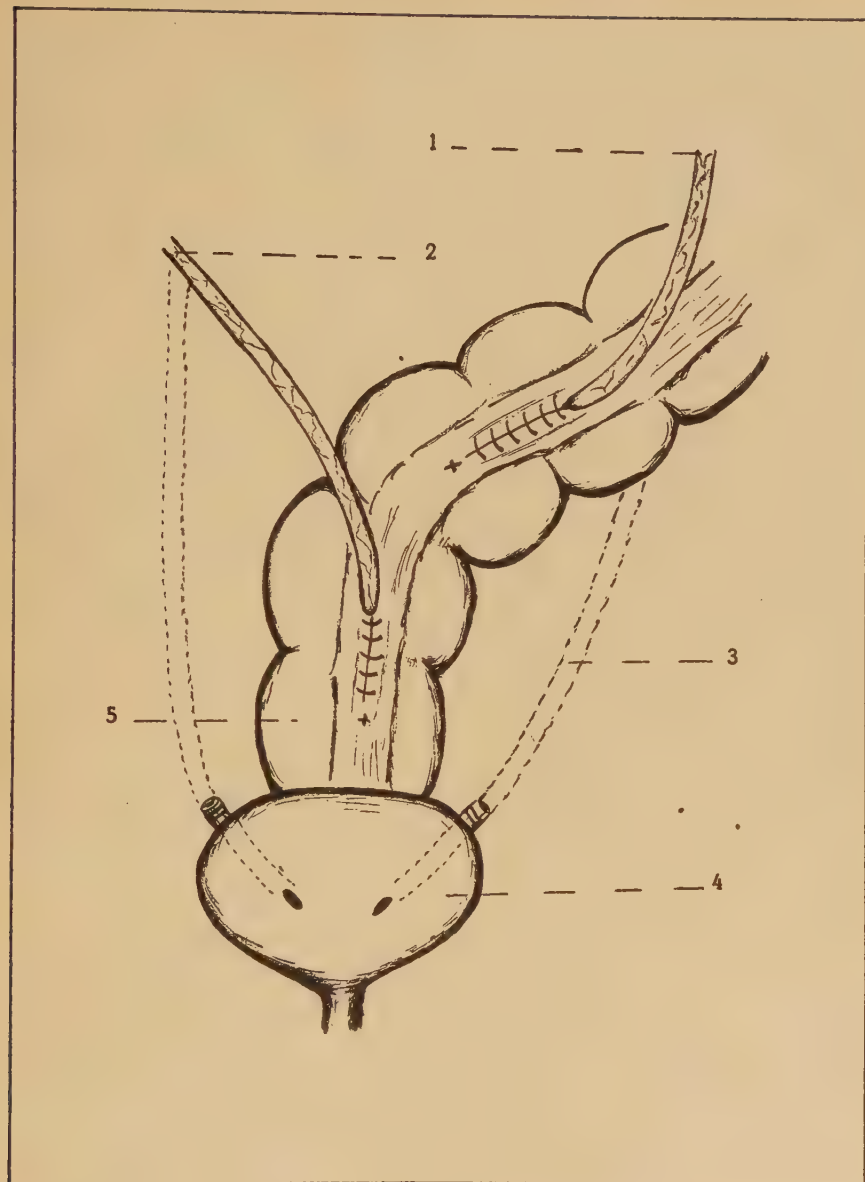


FIGURE 5

1: Uretère gauche
 2: Uretère droit
 3: Lit urétéral

4: Vessie
 5: Sigmoïde

À la fin de l'opération, un gros drain est mis dans le rectum et fixé à la peau par deux fils. Il permettra l'écoulement de l'urine dont on mesurera la quantité émise en vingt-quatre heures. La malade sera constipée pendant quatre jours et recevra à cet effet journellement 10 cg de poudre d'opium. Pendant ce temps, elle sera soumise à un régime alimentaire très léger à base de lait. Un traitement antibiotique sera institué pendant une semaine. Dès le lendemain de l'opération, la patiente sera autorisée à remuer les jambes et à se lever dès le retrait de la sonde rectale qui se fait le quatrième jour. La surveillance du système veineux sera particulièrement attentive ici et, dès la moindre alerte de phlébite, la malade sera mise sous anticoagulants. La réanimation, ici comme en chirurgie en général, est fonction de l'état de la patiente. En milieu africain où les lits des opérées ne sont pas adaptés à leur état, il faut craindre les escarres fessières, sacrées et trochantériennes. Le lever précoce permettra de les éviter. Le nombre de selles, 6 en moyenne au début, diminue très rapidement et n'est plus que de 3 selles liquides par vingt-quatre heures. Cependant, deux de nos opérées ont vu s'installer une diarrhée profuse qui leur fut fatale, malgré la thérapeutique énergétique instituée.

OBSERVATIONS

Premier lot de 7 observations de l'opération de Lahey pratiquée par le Docteur André BUTTIN, Médecin Commandant des Troupes Coloniales, Médecin-Chef de la Région du Ntem à Ebolowa au Cameroun, assisté de M. Armand MANGA-ONDOA, Médecin Africain de Première Classe en Service à Ebolowa.

Les 6 premières malades sont opérées à Ebolowa alors que la dernière fait partie des patientes opérées à Pointe-Noire, au Congo (ex-français).

- OBS. N° 1 : Ng...-Ak..., trente-huit ans, originaire d'Akonolinga

Fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale, haut située.

Premier temps : côté droit, le 11 mars 1948, par la technique décrite plus haut. Suites immédiates favorables, mais la malade fait rapidement une escarre fessière dont on est obligé d'attendre la cicatrisation pour pratiquer le deuxième temps, le 27 avril 1948.

Sort définitivement guérie le 15 mai 1948.

- OBS. N° 2 : Ek...-Ng..., trente-cinq ans, originaire d'Ebolowa

Fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale, haut située.

Premier temps : côté droit, le 8 juillet 1948, technique de Lahey.

On fait lever cette malade le troisième jour et on peut transplanter l'uretère gauche dès le 27 juillet 1948.

Sort complètement guérie le 9 août 1948.

Accouchement naturel d'une fille vivante le 30 mai 1949.

- OBS. N° 3 : Af... Es..., trente-huit ans, originaire de M'Balmayo

Fistule urétéro-vésico-vaginale d'origine lymphogranulomateuse, avec les lésions vaginales habituelles de cette affection et une destruction presque complète de l'uretère.

Rectum sain. Etat général voisin de la cachexie.

Traitement sulfamidé préventif et premier temps, côté droit, le 28 juillet 1948.

Suppuration de la paroi qui retarde le deuxième temps jusqu'au 31 août 1948, malgré pénicilline et sulfamides.

Se lève alors deux jours après l'opération et, devenue propre, sort guérie le 9 septembre 1948.

• OBS. N° 4 : Es... Thérèse, trente-huit ans, originaire de Yaoundé

Fistule uréthro-vaginale d'origine lymphogranulomateuse avec lésions habituelles mais rectum sain.

Traitement sulfamidé préventif.

Intervention le 10 août 1948, technique habituelle. La dérivation du côté droit étant rapidement menée à bien, on décide de dériver le côté gauche par une nouvelle incision para-rectale gauche. L'opération terminée, la malade reste anurique pendant vingt-quatre heures. L'anurie cède à une réhydratation modérée et à deux injections intra-veineuses de 10 cm³ de novocaïne à 1 %.

Complètement guérie depuis le 25 juillet 1948. Doit continuer un traitement antibiotique.

• OBS. N° 5 : Al... Mb..., trente ans, originaire d'Ebolowa

Quelques difficultés. Fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale datant de plusieurs années. Vagin complètement atrésié et barré en son milieu par un anneau scléreux, absolument imperméable au doigt et qui ne permet aucune exploration.

Incision et technique habituelles jusqu'à la section de l'uretère droit, mais à l'ouverture du péritoine, on s'aperçoit que l'accès au recto-sigmoïde est interdit par un pyosalpinx du volume d'une grosse orange auquel adhère un paquet d'anses grêles. Il est donc impossible de pratiquer l'opération de Lahey. Ouverture de la grande cavité; évacuation de pyosalpinx au trocart; il contient un pus verdâtre horriblement fétide. L'uretère étant sectionné, on ne peut que continuer l'intervention par une hystérectomie totale laborieuse en raison des adhérences multiples, heureusement le rectum est libre et on termine par un Coffey du côté droit.

Cette femme est décédée trente-six heures après.

• OBS. N° 6 : Bel... Eb..., trente ans, origine inconnue

Fistule vésico-vaginale haut située, d'origine obstétricale, datant de sept ans.

Intervention le 2 septembre 1948: urétéro-sigmoïdostomie droite et gauche dans la même séance opératoire, sans histoire. Dès la fin de l'opération, on peut contrôler que l'urine passe par le tube rectal.

Guérie, sort de l'hôpital le 27 septembre 1948.

• OBS. N° 7 : Ba..., Mo...

Large fistule vésico-vaginale avec atrésie vaginale cicatricielle (femme n'ayant jamais eu d'enfant).

— Premier temps le 16 janvier 1951 : implantation de l'uretère droit.

— Deuxième temps le 8 juin 1952 : implantation de l'uretère gauche. Suites normales.

Est revue le 13 décembre 1952. Grossesse à terme ; en travail depuis vingt-quatre heures, bruits du cœur bons. Le toucher vaginal profond révèle une sorte d'anneau scléreux qui représente l'ancienne fistule et rend le passage infranchissable. On pratique une césarienne segmentaire. Fille vivante. Suites opératoires banales.

CONCLUSION
(du Docteur André BUTTIN)

Nous n'avons pratiqué au total que 11 interventions de ce genre, mais nombreuses sont les femmes qui l'ont réclamée. Son intérêt social paraît certain et l'apparition des antibiotiques modernes ne pourra qu'en améliorer le pronostic. Car, il est hors de doute que les fistules vésico-vaginales sont rencontrées aussi souvent chez les multipares que chez les femmes affligées d'un passé obstétrical orageux.

* *

Deuxième lot de 17 observations de l'opération de Lahey pratiquée à Ebolowa par le Médecin Africain A. MANGA-ONDOA, Chef du Service de Chirurgie à l'Hôpital Régional d'Ebolowa, de septembre 1948 au 15 octobre 1951.

• OBS. N° 8 : M..., quarante ans, originaire de Mveng, Ebolowa

Fistule vésico-vaginale d'origine lymphogranulomateuse.

Etat général satisfaisant. Rectum sain.

Opération de Lahey en deux temps :

— Premier temps : le 30 décembre 1948.

— Deuxième temps : le 5 février 1949.

Sort guérie le 23 février 1949.

• OBS. N° 9 : Nd..., vingt ans, originaire de Biwong, Ebolowa

Fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale.

Examen : rien à signaler.

Opération de Lahey en deux temps :

— Premier temps : le 3 mars 1949.

— Deuxième temps : le 4 avril 1949.

Sort guérie le 16 avril 1949.

Revient accoucher normalement en 1952.

• OBS. N° 10 : Nk... Za...

Fistule vésico-vaginale d'origine lymphogranulomateuse, datant de plusieurs années. Le rectum est sain.

Examen : rien à signaler.

Antibiothérapie avant et après l'opération de Lahey qui est faite en deux temps :

— Premier temps : le 9 avril 1949.

— Deuxième temps : le 13 mai 1949.

Sort guérie le 14 mai 1949.

• OBS. N° 11 : Ek...-Ef..., trente-huit ans, originaire de Biyeyem, Ebolowa

Fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale datant de cinq ans.

Etat général satisfaisant.

Examen : rien à signaler.

Opération de Lahey en deux temps :

— Premier temps : le 5 mai 1949.

— Deuxième temps : le 27 mai 1949.

Sort guérie le 7 juin 1949.

• OBS. N° 12 : Mf...-Ma..., trente-huit ans, originaire de Sang-mélina

Fistule vésico-vaginale d'origine lymphogranulomateuse.

Rectum sain. Etat général normal.

Antibiothérapie pré et post-opératoire.

Les deux temps de l'opération de Lahey sont pratiqués le même jour : le 12 juillet 1949.

Sort guérie le 22 juillet 1949.

• OBS. N° 13 : Ng...-Ak..., trente ans, originaire de Mbéka'a, Saa

Fistule vésico-vaginale d'origine lymphogranulomateuse.

Rectum sain. Etat général satisfaisant.

Examen : rien à signaler.

Antibiothérapie pré et post-opératoire. Opération de Lahey :

— Premier temps : le 19 mai 1949.

— Deuxième temps : le 3 septembre 1949.

Sort guérie le 31 octobre 1949.

- OBS. N° 14 : Ng...-Si..., quarante ans, originaire de Nanga-Eboko

Fistule vésico-vaginale d'origine lymphogranulomateuse.

Rectum sain. Etat général satisfaisant.

Examen : rien à signaler.

Antibiothérapie pré et post-opératoire.

Opération de Lahey le même jour : le 27 juillet 1949.

Sort guérie le 1^{er} août 1949.

- OBS. N° 15 : Nk...-Ng..., trente-cinq ans, originaire de Ngomo, Saa

Fistule vésico-vaginale d'origine lymphogranulomateuse avec un rectum normal, un état général satisfaisant.

Examen : rien à signaler.

Antibiotiques pré et post-opératoires.

Opération de Lahey, les deux temps le même jour : le 24 octobre 1949.

Sort guérie le 19 décembre 1949.

- OBS. N° 16 : Ey...-Zo..., vingt-sept ans, originaire d'Obouk, Guinée espagnole

Fistule vésico-vaginale large d'origine obstétricale.

Etat général satisfaisant.

Examen : rien à signaler.

Double opération de Lahey le 25 octobre 1949.

Sort guérie le 10 novembre 1949.

- OBS. N° 17 : Be... Nd..., vingt-cinq ans, originaire de Mengomo, Guinée espagnole

Fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale.

Etat général satisfaisant.

Double opération de Lahey le 26 octobre 1949.

Sort guérie le 10 novembre 1949.

- OBS. N° 18 : Ak... Mb..., vingt et un ans, originaire de Wom, Lolodorf

Fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale.

Etat général satisfaisant.

Double opération de Lahey le 11 février 1950.

Sort guérie le 27 février 1950.

- OBS. N° 19 : Me... me Mb..., trente-six ans, originaire de Bitam, Gabon

Fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale.

Etat général satisfaisant.

Opération de Lahey en deux temps :

— Premier temps : le 24 février 1950.

— Deuxième temps : le 18 mars 1950.

Sort guérie le 31 mars 1950.

- OBS. N° 20 : Ez...-Ob..., trente-cinq ans, originaire d'Essambe, Néfang, Guinée espagnole

Fistule vésico-vaginale d'origine lymphogranulomateuse.

Antibiothérapie pré et post-opératoire.

Double opération de Lahey le 23 mars 1950.

Sort guérie le 7 avril 1950.

- OBS. N° 21 : Be... Joséphine, trente ans, originaire d'Akono, Youndé

Fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale.

Etat général bon.

Examen : rien à signaler.

Double opération de Lahey le 21 avril 1950.

Sort guérie le 6 mai 1950.

- OBS. N° 22 : Me... m'Bd..., vingt-huit ans, originaire d'Ambam

Fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale.

Etat général satisfaisant.

Double opération de Lahey le 27 avril 1950.

Sort guérie le 8 mai 1950.

- OBS. N° 23 : Mb...-Da..., trente-neuf ans, originaire d'Ebolowa

Fistule vésico-vaginale d'origine lymphogranulomateuse.

Rectum sain. Etat général voisin de la cachexie.

Antibiothérapie pré et post-opératoire.

Double opération de Lahey le 18 novembre 1950.

Diarrhée profuse survenant le troisième jour. Traitement antidiarrhéique impuissant.

La femme meurt le 25 novembre 1950.

- OBS. N° 24 : Ab... Me..., trente-six ans, originaire de Néfang, Guinée espagnole

Fistule vésico-vaginale d'origine lymphogranulomateuse. Rectum intact.

Etat général médiocre. Réanimation et sulfamidothérapie pré-opératoires.

Double opération de Lahey le 14 février 1950.

Diarrhée profuse survenue le cinquième jour ; se montre rebelle au traitement antidiarrhéique instituée.

La femme meurt le 6 mars 1950.

COMMENTAIRES

Quel enseignement peut-on tirer de ces 24 observations ?

- DU POINT DE VUE OPERATOIRE

L'intervention est généralement facile, particulièrement chez les femmes porteuses de fistules d'origine obstétricale. Ce sont généralement des femmes jeunes qui ont des tissus en excellent état, ce qui rend le clivage du péritoine aisé.

On ne peut en dire autant de certaines des malades porteuses de fistules d'origine vénérienne (N.F.). Chez ces femmes, la dissection de l'uretère est laborieuse. Faut-il voir là l'effet du traitement indigène contre la maladie de Nicolas et Favre fait de lavements à garder quotidiens de décoctions d'écorces d'arbres. traitement qui dure plusieurs mois ?

- DU POINT DE VUE PRONOSTIQUE

a) Nous avons perdu 3 malades sur 24. Ce qui fait un pourcentage de 12,5 %. Un de ces décès, la *malade n° 5*, ne semble pas être en rapport direct avec le type de l'intervention que nous rapportons dans cette thèse. Quant aux deux autres décès, un rapport indirect ne nous semble pas exclu *a priori*, car on peut se demander si la sulfamidothérapie pré-opératoire administrée afin de fixer l'évolution de la maladie de Nicolas et Favre, par voie orale, pendant de longs mois, n'a pas modifié la flore bactérienne intestinale. Ceci expliquerait le caractère particulièrement rebelle de la diarrhée profuse qui a coûté la vie à deux de nos opérées (*obs. n°s 23 et 24*) et qui a peut-être été déclenchée par la présence de l'urine dans la muqueuse intestinale. Si cette hypothèse se vérifiait, elle obligerait le chirurgien à laisser s'écouler un certain temps entre la fin de la sulfamidothérapie et l'opération de Lahey, de façon à permettre à l'intestin de reconstituer une flore normale.

b). Vingt et une de nos opérées, soit 87,5 % des cas, ont supporté à merveille l'opération, qu'elle ait été pratiquée en un ou en deux temps. Les suites opératoires immédiates semblent avoir été bonnes, du moins pouvons-nous l'affirmer pour les femmes qui ont été revues à l'occasion de leur accouchement. Malheureusement, nous ne pouvons dire combien de femmes sont dans ce cas. Ce qui est certain, en tout cas, c'est que cette opération a eu un retentissement dans le pays, nous en voulons pour preuve le fait que le nombre de consultantes pour fistules vésico-vaginales, et certaines pour incontinence d'urines d'origine médicale, a augmenté très rapidement dès les premières interventions de 1948. Le nombre d'opérées reflète cette augmentation du nombre de consultantes : 5 en 1948, 10 en 1949, 7 en 1950.

• PRONOSTIC A DISTANCE

Mais si du point de vue mortalité opératoire et suites opératoires immédiates nous nous permettons un certain optimisme, nous ne savons rien du pronostic lointain de l'appareil rénal de nos opérées. Cette ignorance, que nous regrettons, tient à deux choses :

- d'abord au fait que l'hôpital où se pratiquait ces interventions n'était pas équipé à l'époque d'un appareil radiologique permettant des U.I.V. ;
- ensuite, au fait que la plupart de nos clientes rejoignaient leur lointaine contrée (Gabon ou Guinée espagnole) et ne faisaient rien pour que nous ayons de leurs nouvelles. Il n'était pas question de les faire revenir à Ebolowa, au Cameroun, pour un examen de contrôle.

Nous ne savons donc rien ni de la courbe thermique, ni de la courbe pondérale, ni de l'état des uretères et des reins de ces malades. C'est là une grave lacune qui restreint l'intérêt de cette thèse. Toutefois, ce n'est que partie remise, car dès notre retour au Cameroun, nous réexaminerons celles de nos opérées que nous reverrons, pour avoir une idée exacte des suites lointaines de l'opération de Lahey.

Ces critiques faites, nous pensons que ce travail reste tout de même intéressant en raison de la statistique opératoire qui est bonne dans l'immédiat et du fait que des femmes qui jadis étaient écartées de la société et de toute vie conjugale par une horrible infirmité, retrouvent une vie normale. Certaines connaissent les joies d'une nouvelle maternité. L'opération que nous présentons ici n'est peut-être pas l'idéal qu'on puisse souhaiter, mais c'est certainement un moindre mal qui transforme d'une manière spectaculaire des situations dra-

matiques, et nous pensons qu'elle trouve son intérêt dans les cas où rien d'autre n'est possible, d'autant plus qu'elle est facile à exécuter, pas ou peu choquante et ne demande ni un matériel extraordinaire, ni une très haute compétence en chirurgie, il suffit de connaître son anatomie et d'avoir un certain doigté.

CONCLUSIONS

L'anastomose urétéro-sigmoïdienne extra-péritonéale ou opération de Lahey est une exclusion vésicale. En tant que telle, elle est un « pis-aller » auquel on n'aura recours que lorsque rien d'autre n'est possible.

C'est une intervention facile, peu choquante, dont le pronostic immédiat est bon, qui ne demande pas un matériel chirurgical extraordinaire (une boîte d'hystérectomie suffit), qui peut parfaitement être réalisée par tout « omni praticien » des hôpitaux africains, à condition toutefois d'être initié par un chirurgien qualifié, de connaître l'anatomie et d'avoir un peu de doigté.

Cette opération a transformé d'une façon spectaculaire l'état de femmes qui ont retrouvé une vie sociale et conjugale normale, certaines allant jusqu'à goûter les joies d'une nouvelle maternité.

L'avantage incontestable de cette méthode est d'être extra-péritonéale. D'autre part, l'implantation de l'uretère par tunnellisation semble écarter l'épouvantail de l'infection ascendante, l'essentiel étant de ménager absolument l'adventice porteuse de filets nerveux qui font de l'uretère un conduit à sens unique.

Nous ne savons pas encore ce que sont les résultats à distance de l'opération de Lahey, mais nous croyons pouvoir affirmer qu'elle peut être considérée comme une bonne intervention chaque fois que l'exclusion vésicale est inévitable.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
LAURENCE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ. — *Rapport du X^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens Français*, 1937.
- BENION (Thomas G.). — Le traitement d'une variété de fistule vésico-vaginale juxta-urétrale. (*Journal Obst. Gyn. Brit. Emp.*, octobre 1947, 54, n° 5, 665-666.)
- BUZZI (R.). — De la voie trans-péritonéo-vésicale. (*Thèse*, Paris, 1923.)
- CADENAT (F.M.). — Sur le traitement des fistules vésico-vaginales. (*Mém. Acad. Chir.*, 31 mai 1939, 65, n° 18, 760-762.)
- CHAFFIN (R.C.). — Fistule vésico-vaginale. Perfectionnement de la méthode de traitement post-opératoire de Chaffin. (*Am. J. Surg.*, mars 1946, 71, n° 3, 305-311.)
- COUNSELLER (V.S.). — Etiologie, prévention et traitement des fistules vésico-vaginales. (*Int. Surg. Digest.*, janvier 1948, 45, n° 1, 11-15.)
- COUVELAIRE (R.). — Vingt observations de fistules vésico-vaginales haut situées guéries par la voie d'abord vagino-périnéale. (*J. Urol.*, mars-avril 1944, 52, n° 34, 52-54.)
- COUVELAIRE (R.). — La voie d'abord vagino-périnéale dans la cure opératoire des fistules vésico-vaginales haut situées. (*Nouvelle Pratique Chirurgicale Illustrée*, Paris, Doin éd., 1947, n° 1, 1-107.)
- Application de la voie abdomino-périnéale à la cure d'une fistule vésico-vaginale. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, suppl. *Ami-Chir.*, 18 avril 1953, n° 4, 127-160.)
- Application de la cysto-entéro-plastie à la cure de certaines fistules vésico-vaginales. (*J. Urologie*, 1954, 60, n° 9-10, 623-629.)
- Chirurgie de la vessie. (Paris, Masson éd., 1955.)
- Fistules vésicales. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 1957, 18.238 A10.)
- DUREL (P.) et SIBOULET (A.). — Traitement des suppurations urétéro-génitales et de leurs complications chez l'homme et chez la femme. (G. Doin et Cie éd., 1959.)

- EARL (E.) et EWERT. — Total cystectomy for carcinoma of the bladder. (*The Surgical Clinics of North America*, juin 1947.)
- Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Traité de Dermatologie). Tome I: Maladie de Nicolas et Favre.
- FORGEOIS (A.). — La cure opératoire des brèches cervico-vaginales. (*Thèse*, Paris.)
- GAUBERT-SAINT-MARTIAL (R.). — Traité des maladies vénériennes. (G. Doin éd., 1913.)
- GARDINIER (C.). — Les fistules vésico-vaginales post-obstétricales rebelles et leur traitement par les procédés indirects. (*Thèse*, Paris, 1935.)
- GARLOCK (J.H.). — Cure d'une fistule vésico-vaginale incurable par un segment de muscle pédiculé. Nouvelle conception. (*Surg. Gyn. Obst.*, août 1928, 47, n° 2, 255-259.)
- GRAY (H.T.) et MARSHALL (V.). — Réparation des fistules vésico-vaginales causées par l'irradiation. (*Surg. Gyn. Obst.*, septembre 1946, 83, n° 3, 348-354.)
- GUILHEUR (P.) et GRIMOND (M.). — Un procédé de traitement des larges fistules vésico-vaginales post-opératoires. (*J. Chir.*, janvier-avril 1943, 59, n° 1, 2, 3, 4, 45.)
- HARTUNG (H.). — Technique opératoire des fistules vésico-vaginales. (*Ill. Gyn.*, 12 décembre 1936, 60, n° 50, 2974.)
- IMMERGUT (S.) et COTTLER (Z.R.). — Réparation transversale de la fistule vésico-vaginale. (*J. of Urol.*, mai 1950, 63, n° 5, 865-871.)
- LAUTHIER (P.). — Cure d'une fistule vésico-vaginale par électrocoagulation. Guérison. (*Acad. Chir.*, octobre-novembre 1947, 72, n° 27, 470-471.)
- LEGEU (F.). — La voie trans-péritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales opératoires. (*Arch. Urol. Clin. Necker*, 1914, I, 1.)
- LETAC (R.) et BARROUX (P.). — Note préliminaire sur le traitement des fistules vésico-vaginales avec destruction du col de l'urètre par la plastie iléo-cysto-urétérale. (*J. Urol.*, 1954, 60, n° 9-10, 616-622.)
- MARION (G.). — Cure des fistules vésico-vaginales par la voie trans-vésicale. (*B.M. Soc. Chir.*, Paris, 1920.)
- MEIN (W.A.). — Les fistules vésico-vaginales. Une nouvelle opération. (*Brit. Med. J.*, 13 juin 1936, n° 3036, 1207.)
- MEYRAT (R.). — Contribution à l'étude clinique et au traitement des fistules vésico-vaginales. (*Thèse*, Paris, 1933.)
- MILLER (N.F.). — Traitement chirurgical et soins post-opératoires de la fistule vésico-vaginale. (*Am. J. Obst. Gyn.*, novembre 1942, 44, n° 5, 873.)

- PERRIN (E.). — Le colpoctéisis dans le traitement des fistules vésico-vaginales automatiquement incurables. Résultats éloignés. (*Lyon Chirurgical*, janvier-février 1944, 39, n° 1, 90-92.)
- PHANEL (L.E.). — Les fistules chez la femme. Vie de J. Marion. Soins et historique des fistules vésico-vaginales et des déchirures complètes du périnée. (*Am. J. Surg.*, avril 1944, 3-27.)
- SJOVALL (A.). — A propos de la technique opératoire par voie vaginale de la fistule vésico-vaginale. (*Acta Obst. Gyn. Scand.*, 1944, 24, n° 2, 165-170.)
- TURNER (B.W.). — Fistule vésico-vaginale. (*J. of Urol.*, novembre 1947, 58, n° 5, 359-366.)
- VÉNIÈRE (P.). — Indication de l'opération de Legueu dans les fistules vésico-vaginales. (*Lyon Méd.*, avril 1947, n° 16, 265.)
- VIOLLET (P.). — Contribution à la cure des fistules vésico-vaginales. La voie trans-vésicale. (*Thèse*, Paris, 1924.)
- ZWILLINGER (A.). — La réfection de l'urètre chez la femme. (*Thèse*, Paris, Maloine éd., 1941, n° 367, 133.)

51